Postpartale Synkope

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Martin Meyer

aus Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 18. Oktober 1918

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **His**

Referent: Prof. Dr. **Franz**

Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544328_0081

Postpartale Synkope

Die deutsche medizinische Literatur hat sich mit der Frage der postpartalen Synkope, wobei sich weder klinisch noch auf dem Sektionstische eine Erklärung für die Erscheinungen finden ließ, nur wenig beschäftigt. Es waren hauptsächlich amerikanische und französische Autoren, die dieser Frage besonders näher getreten sind. Fälle, in denen ein zeitweiliger oder endgültiger Herzstillstand während oder nach der Geburt infolge eines organischen Fehlers von seiten des Herzens, der Lungen oder der Nieren, infolge eines pathologischen Geburtsvorganges (Uterusruptur, schwere Eingriffe usw.), infolge Lungenembolie oder sonstiger Komplikationen eingetreten ist, können die Tatsache des Herzstillstandes zur Genüge erklären. Es gibt aber vereinzelte Fälle von postpartaler Synkope, für deren Zustandekommen keine hinreichende Begründung zu finden wäre; diese Fälle sollen unser besonderes Interesse hier in Anspruch nehmen.

Verschiedene typische Fälle, die in der Literatur beschrieben worden sind, wollen wir zunächst kurz skizzieren. S. Remy beschreibt einen Fall, bei welchem bei einer 29 jährigen Primipara nach 30 stündigem Kreißen wegen Aufhörens der kindlichen Herztöne eine Beckenausgangszange angelegt wurde. Die Extraktion erfolgte leicht; das Kind war jedoch tot. Verletzungen wurden nicht gefunden, die Nachgeburtsperiode verlief ungestört ohne erheblichen Blutverlust. Bald nach Austritt der Placenta wurde der Puls der Pat. schlecht, es trat unter verschiedenen psychischen Affektionen wie Unruhe, Vorahnung des Todes, Kollaps

ein, und nach 6 Stunden erfolgte der exitus letalis. Die Autopsie verlief vollkommen ergebnislos, die Organe zeigten keine mit dem Tode in Zusammenhang zu bringenden pathologischen Veränderungen.

Dieselben bedrohlichen Erscheinungen, jedoch mit günstigerem Ausgange, beschreiben an Hand eines Falles zwei andere französische Autoren, Trillat und Croizier. Es handelte sich um eine Zwillingsgeburt, die ebenso wie die Nachgeburtsperiode glatt verlief. Kurz danach setzten Schwindel, Cyanose, Erbrechen, Dyspnoe und so hochgradige Erregung ein, daß die Pat. im Bett festgehalten werden mußte. Innere wie äußere Blutung wurde mit Sicherheit ausgeschlossen. Analeptika versagten; die Pat. erholte sich schließlich nach Sauerstoffinhalation.

Fabre und Bourret berichten über einen Kollaps, der kurz nach der normalen Entbindung und Nachgeburtsperiode bei kurzer Austreibung auftrat. Allerdings war eine Myocardschädigung vorhanden. Ebenso wie in dem vorhergehenden Falle von Trillat und Croizier versagten hier die Analeptika vollkommen. Interessant in diesem Falle ist die angewandte Therapie: statt der üblichen Kopftieflagerung Hochlagerung des Oberkörpers; eine sofort einsetzende Besserung war der Erfolg.

Es darf nicht Wunder nehmen, wenn wir nur drei typische Fälle von postpartaler Synkope aus der Literatur beschrieben haben. Diese Fälle gehören eben zu den größten Seltenheiten. Und auch an diesen drei Fällen könnte man noch verschiedene Aussetzungen machen; so könnte man z. B. in dem Falle von Remy in dem Zangeneingriff oder in dem Falle von Fabre und Bourret in dem geschädigten Myocard eine Erklärung für die Erscheinungen suchen wollen.

Wie vereinzelt solche Fälle von postpartaler Synkope ohne hinreichende Ursache dastehen, erhellt aus der Tat-

sache, daß das sehr reichliche Material der Kgl. Charité ebenfalls nur hier und da solche Fälle aufzuweisen hat. Auf über 20 000 Geburten in den letzten 7 Jahren entfällt nur ein einziger Fall von postpartaler Synkope ohne erkennbare Ursachen.

Fall:

A. L., Näherin, 18 J.
Familienanamnese: ohne Belang.
Frühere Krankheiten: Scharlach, Diphtherie.
Menses: mit 12 J., unregelmäßig.
Die jetzige Schwangerschaft ist die erste.
Letzte Menses: Anfang Dezember 1912.
Erste Kindsbewegungen: ?
Bisheriger Verlauf der Schwangerschaft: geschwollene Füße:

Status:

Aeußerer Habitus: 1,52 m groß, guter Ernährungszustand.
Knochenbau: grazil.
Wirbelsäule: gerade.
U. Extremität: gerade.
Varicen: +
Oedeme: —
Herz: o. B.
Lungen: o. B.
Temp.: 37,2°.
Puls: 80.
Urin: —

Zeichen von Lues: —
Brüste: gut entwickelt, Warzen faßbar, Sekretion +.

Aeußere Untersuchung:
Form des Leibes: kuglig.
Striae: +
Nabel: verstrichen.
Rücken: rechts.
Kl. Teile: links.
Kopf: Becken.
Steiß: Fundus.
Stand des Fundus: 1 Querfinger unter dem Rippenbogen.

Dist. spinarum: 25 cm.
Dist. crist.: 27 cm.
Dist. troch.: 30 cm.
Conj. ext.: 21 cm.
Symphyse: normal.
Kreuzbein: normal.
Promontorium: normal.
Seitenwände: normal.
Art und Form des Beckens: normal.

Innere Untersuchung (9. IX. 13):
Aeußere Genitalien: geschlossen.
Scheidensekret: schleimig.
Portio: —
Halskanal: —
Blase: +
Scheide: eng.
Aeußerer Muttermund: 3-Markstück-groß.
Vorliegender Teil: Kopf, fest, Beckenmitte.
Diagnose der Lage: II. Hinterhauptslage.

Geburtsverlauf:

Wehenbeginn:	8. IX.	11^{45} N.
Blasensprung:	9. IX.	6^{55} N.
Geburt des Kindes:	9. IX.	7^{45} N.
Geburt der Nachgeburt:	9. IX.	8^{30} N.

Dauer der Eröffnungsperiode:	19 Std. 10 Min.
Dauer der Austreibungsperiode:	50 Min.
Dauer der Nachgeburtsperiode:	45 Min.
Sa.	20 Std. 45 Min.

Kind:

schreit sofort.
Zahl: 1.
Geschlecht: Knabe.
Zeichen der Reife: Kein Laengo, Nägel überragen.
Gewicht: 3250 g.
Länge: 50 cm.
Schulterbreite: 9 cm.
Hüftbreite: 7 cm.

Placenta: normal.
Eihäute: vollständig.

Zusammenfassende Beschreibung des Geburtsverlaufes:

9. IX. 9^{40} V. Kommt mit schwachen Wehen herein.
6^{35} N. Muttermund 5-Markstück-groß, Blase +. Kl. Fontanelle rechts und vorn, Pfeilnaht schräg, obwohl der Kopf kaum die Interspinallinie erreicht.

6^{55} N. Blasensprung.

7^{45} N. Spontangeburt eines sofort schreienden, lebensfrischen Knaben unter Dammschutz.

8^{30} N. Nachgeburt folgt spontan.
Uterus gut kontrahiert, blutet nicht.
Temp.: 37,4 °.
Puls um 8^{35}: 140.

9^{00} N. Wöchnerin sieht etwas blaß aus, Puls immer noch 130—140, ziemlich voll und kräftig.

11^{00} N. bekommt Pat. einen Ohnmachtsanfall, nachdem sie gerade zuvor etwas geschlummert hatte. Sie sieht sehr blaß aus, die Lippen sind völlig farblos; Puls 140—160, dann einige Augenblicke gar nicht zu fühlen, dann unregelmäßig und sehr schwach. Pat. erholt sich langsam, bekommt wieder Farbe. Puls immer noch sehr frequent und dünn, wird aber mit der Zeit voll und regelmäßig.

10. IX. 4^{00} V. Pat. ist ganz wohl. Puls 120, Temp. 37 °.

7^{00} V. Puls 108, voll und kräftig.

Symptome der postpartalen Synkope:

Die allgemeinen Erscheinungen der postpartalen Synkope entsprechen im großen und ganzen dem einfachen Shock, wie er nach einer schweren Entbindung mittels Kaiserschnitt, bei Uterusruptur oder bei starken Nachgeburtsblutungen usw. erscheint. Nach Faugère kann der Shock sowohl vor als auch nach der Entbindung auftreten; er kann ferner vor dem Austritt der Nachgeburt wie nach ihrem Austreten sich einstellen. Das Krankheitsbild demonstriert sich nach demselben

Autor folgendermaßen: Die Kranke ist fahl, die Schleimhäute sind farblos, es stellt sich Unbehagen und Beklommenheit ein; der Puls wird immer frequenter und fast unzählbar.

Schlechter Puls kurz nach dem Austritt der Placenta, starke Unruhe, Vorahnung des Todes, allmählicher Kollaps und in diesem Falle der exitus letalis beherrschen das Bild der Synkope nach Remy.

Trillat und Croizier heben auch Schwindel, Cyanose, Erbrechen, Dyspnoe und hochgradige Erregung als zur Synkope gehörig hervor.

Im Gegensatz zu den eben genannten Autoren, die den Puls im Kollapsanfall frequent und klein fanden, betonen Fabre und Bourret den langsamen Puls als pathognomonisch für die postpartale Synkope, während der frequente Puls ihrer Ansicht nach den einfachen und leicht erklärlichen Blutungskollaps charakterisiert.

Das Symptomenbild der postpartalen Synkope unterscheidet sich also durch nichts von dem der schweren akuten Anaemie nach einer Entbindung. Auch unser Fall zeigte keinerlei Abweichung hiervon. Eine gesunde Pat. sieht $1^1/_4$ Std. nach der Spontangeburt etwas blaß aus, der Puls ist sehr frequent, 130—140, aber ziemlich voll und kräftig. $3^1/_4$ Std. nach der Spontangeburt bekommt sie einen Ohnmachtsanfall: „sie sieht sehr blaß aus, die Lippen sind völlig farblos, Puls 140—160, dann einige Augenblicke gar nicht zu fühlen, dann unregelmäßig und sehr schwach.“ Die Pathognomität der Verlangsamung des Pulses im Anfalle der postpartalen Synkope, wie sie Fabre und Bourret als „phénomènes de shock après un accouchement“ betonen, können wir auf Grund unseres Falles nicht bestätigen, da unsere Patientin im Gegenteil während des Synkopeanfalles einen kleinen und frequenten Puls hatte.

Aetiologie:

Versucht man nun auf Grund des geschilderten Symptomenbildes der Aetiologie der postpartalen Synkope nachzugehen, so muß man natürlich die organischen Fehler von seiten der Mutter, welche Herzerlahmung nach der Geburtsarbeit herbeiführen könnten, ferner heftige Nachblutungen, welche die akuten anämischen Erscheinungen, schließlich schwere Eingriffe, welche den Shock erklären könnten, ausschließen. Ebenso müssen schwere Komplikationen sub partu, wie sie Rudaux treffend aufzählt: Uterusruptur, Blutungen bei placenta praevia, bei Randsinusverletzungen, bei vorzeitiger Lösung der richtig sitzenden Placenta, bei Varicen der Vulva und Vagina, bei Clitorisrissen, ferner unkompensierte Herzfehler, Erkrankungen der Respirationsorgane, Hirnembolien, Hirnhämorrhagien, Eklampsie, inversio uteri aus unserer Betrachtung ausscheiden.

So könnte auch in dem Fall von Fabre und Bourret, in welchem eine Myocardschädigung vorhanden war, eventuell diese die Ursache der Erscheinungen sein. Es ist allerdings fraglich, ob der Grad der Myocardveränderungen die schweren Erscheinungen in diesem Falle rechtfertigt.

Sind Nachblutungen vorhanden, so entsprechen sie keineswegs dem schweren Allgemeinzustand. In den von den französischen Autoren geschilderten Fällen war überhaupt keine Nachblutung vorhanden; auch in unserem Falle zeigte sich nicht die geringste Spur einer Nachblutung. Die Placenta folgte $^3/_4$ Std. nach der Spontangeburt ohne jeden Blutverlust.

Der Uterus soll nach Faugère hart und gut kontrahiert sein. Auch in unserem Falle blieb der Uterus in gutem Kontraktionszustande.

Genau so wie z. B. die Extraktion am Steiß, kann

auch eine leichte Beckenausgangszange nicht als Ursache einer Synkope angesehen werden. In dem Falle von Remy wurde eine leichte Beckenausgangszange ohne Nebenverletzungen ausgeführt. Eingriffe dieser Art könnten an sich einen Shock hervorrufen; die Geringfügigkeit des operativen Eingriffes steht jedoch nicht mit der Schwere der hervorgerufenen Erscheinungen im Einklang.

Wir müssen also nach anderen Ursachen fahnden. Es sind verschiedene Theorien über die Entstehung der postpartalen Synkope aufgestellt worden. Faugère erklärt sich diese Shockerscheinungen durch Hemmung oder Neigung zur Hemmung in der Diastole oder in der Systole. Die diastolische Art der Hemmung scheint nach ihm individuell zu sein, bestimmt durch verschiedene Krankheitszustände oder durch Gifte wie Chloroform. Wenn Faugère durch Einwirkung des Chloroforms sich diese Hemmung zu erklären sucht, so kann man sich ganz gut vorstellen, daß auch andere Gifte dieselbe Wirkung haben könnten. Ein Cotyledo, der in der Uterushöhle retiniert ist und durch die Gefäße mit dem mütterlichen Blut in Verbindung steht, kann doch auch die Quelle von Vergiftungserscheinungen sein; weiß man doch, daß Eiweißzersetzung durch Fermentbildung Autointoxikationserscheinungen hervorrufen kann. Das Fieber in solchen Fällen bestätigt diese Annahme.

Die systolische Art der Hemmung wird nach Faugère durch Bluterguß oder Lähmung eines Gefäßbezirkes hervorgerufen. So berichtet Duvernay über zwei Fälle von schwerer Synkope post partum, die auf Lähmung der Mesenterialgefäße beruhten.

Auch tonische oder spasmodische Kontraktionen des Herzens unter gleichzeitiger Kontraktion der kleinen Gefäße können auf Grund der experimentellen Studien von Boise die zirkulatorischen Erscheinungen, wie sie beim Shock auf-

treten, erklären. Der Grad des Shockes hängt von dem Grad der tonischen Kontraktion des Herzens ab. Boise glaubt also, daß der Shock durch Ueberreizung des Sympathikussystems entstehe.

Eine akute Herzdilatation post partum wurde von Arnold in einem von ihm geschilderten Falle als Ursache der postpartalen Synkope angenommen. Die von ihm erwähnten Krankheitssymptome der Patientin — Atemnot, Cyanose, Pulslosigkeit, kalter Schweiß, Bewußtlosigkeit, blutigschaumiger Auswurf — sind jedoch so typisch für eine Lungenembolie, daß man Arnolds Annahme einer akuten Herzdilatation recht skeptisch gegenüberstehen muß.

Aus den Arbeiten von Jaschke und aus denen von Slemons und Goldsborough resultiert, daß das Herz während der Geburt sehr stark in Anspruch genommen wird. Auch der Blutdruck sinkt unmittelbar nach der Geburt bis tief unter den normalen (Fellner, Sakurai). Fellner beobachtete, daß der Abgang der Placenta den Blutdruck neuerdings sinken läßt, und daß größere atonische Blutungen ihn noch mehr erniedrigen. Auch nach Jaschke sind die Blutdruckschwankungen während der Geburt von den verschiedenen Phasen des Geburtsvorganges abhängig. Slemons und Goldsborough führen die Erniedrigung des systolischen Druckes nach der Geburt auf Chloroformeinwirkung zurück. Sakurai dagegen ist nicht der Ansicht, da in einem von ihm publizierten Falle Sinken des Blutdruckes auch ohne Chloroformeinwirkung zustande kam. Alle diese Blutdruckschwankungen nach der Geburt, wie sie aus den Arbeiten von Fellner, Jaschke, Sakurai, Slemons und Goldsborough ersichtlich sind, sind zwar physiologisch; wenn sie aber in verstärktem Maße auftreten, könnte man sie vielleicht doch mit der postpartalen Synkope in Zusammenhang bringen.

Dieselbe Ansicht wird auch von Rudaux vertreten, der

den postpartalen Shock infolge intrauteriner Spülungen nicht für eventuelle Luftembolien hält, sondern sein Zustandekommen durch Blutdruckschwankungen erklärt. Ob eine stattgefundene Uterusspülung mit der Synkope in Zusammenhang gebracht werden kann, lassen wir dahingestellt.

Diesen Theorien der postpartalen Synkope steht nach Faugère eine andere gegenüber, welche die Erscheinungen durch die Raschheit der Entbindung erklären will. So betonen auch Fabre und Bourret in dem von ihnen geschilderten Falle die kurze Austreibungsperiode.

Mit dieser Theorie steht die Annahme der postpartalen Synkope als Shock durch plötzliches Nachlassen des vom Uterus auf die Bauchorgane ausgeübten Druckes im Einklang: je rascher die Entbindung, desto intensiver die Druckschwankungen in der Bauchhöhle, desto stärker die Rückwirkung auf das Herz. Auch in unserem Fall war bei einer Primiparen bei gesamter Geburtsdauer von 20 Std. die Austreibungsperiode — 50 Min. — sehr kurz. Auch unser Fall könnte also zur Rechtfertigung dieser Theorie von Faugère herangezogen werden. Auf Grund eines Falles können wir jedoch nach dieser Richtung hin noch kein abschließendes Urteil abgeben. Jedenfalls verdient dieser Punkt unserer Ansicht nach größere Beachtung.

Psychische Aufregungen — heimliche Niederkunft — können angeblich auch Ursache der postpartalen Synkope sein (Rudaux).

Psychische Erregungen und vermehrte Geburtsarbeit können nach Langes aber auch paroxysmale Tachykardie auslösen. Deshalb soll man bei plötzlich eintretender hoher Pulszahl nach der Geburt, wenn eine äußere oder innere Blutung auszuschließen ist, nicht sogleich an postpartale Synkope denken, sondern auch die Möglichkeit einer paroxysmalen Tachykardie im Auge haben. In unserem Falle können

wir diese Möglichkeit mit Sicherheit ausschließen, da hier weder psychische Erregungen noch vermehrte Geburtsarbeit vorlagen.

Interessant ist auch noch der Fall von Saenger, in dem der exitus post partum unter shockartigen Erscheinungen erfolgte, sodaß man an eine postpartale Synkope mit tödlichem Ausgang hätte denken können. Die Autopsie ergab jedoch als Todesursache akute Pankreasnekrose.

Eintritt, Dauer und Prognose:

Der Zeitpunkt des Eintritts der postpartalen Synkope läßt sich nach Faugère nicht bestimmen. In unserem Falle trat die Synkope $3^1/_4$ Std. post partum ein. Allerdings machten sich die ersten Erscheinungen der Synkope — blasses Aussehen und frequenter Puls — ungefähr 1 Std. nach der Spontangeburt im Anschluß an die normale Ausstoßung der Placenta bemerkbar.

Die Dauer dieses Zustandes kann einige Augenblicke, aber auch mehrere Stunden betragen. In unserem Falle betrug sie 5 Std.

Meist ist die Prognose günstig zu stellen, obgleich in vereinzelten Fäleln der exitus letalis beobachtet worden ist. In unserem Falle traten nach Ueberstehen des postpartalen Synkopeanfalles keine weiteren Störungen mehr auf; die Patientin wurde 7 Tage nach der Geburt gesund entlassen.

Therapie:

Die Therapie muß in erster Linie darauf bedacht sein, die versagende Herzkraft zu stärken. Es müssen also zu-

nächst die verschiedenen Analeptika zur Anwendung kommen. Weiterhin haben einige Autoren im Einklang mit den aufgestellten Theorien der postpartalen Synkope auch verschiedene therapeutische Maßnahmen vorgeschlagen. Bei Synkope infolge mutmaßlicher Hemmung in der Systole oder Diastole wird von Faugère methodische Herzmassage empfohlen. Fälle von Synkope, die mutmaßlich auf tonische oder spasmodische Kontraktion des Herzens und der kleinen Arterien zurückzuführen sind, werden nach Boise vor allem mit Nitroglyzerin, aber auch mit Strychnin und Kochsalzinfusion behandelt. Trillat u. Croizier sahen von Sauerstoffinhalationen günstigen Einfluß in einem Falle, wo alle üblichen Analeptika versagten. Hochlagerung des Oberkörpers statt der üblichen Kopftieflagerung war ebenfalls von Erfolg gekrönt (Fabre und Bourret). Ueber die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen der von uns zitierten Autoren fehlt uns die Erfahrung. Unser Fall zeigt, daß die Anfälle auch spontan zurückgehen können. Die beschriebenen Maßnahmen verdienen jedoch strenge Berücksichtigung.

Wegen der geringen Anzahl der bisher beschriebenen Fälle und auch nur geringer eigener Erfahrung ist es uns noch nicht möglich, ein abschließendes Urteil über das Wesen der postpartalen Synkope zu fällen. Auf zwei Punkte möchten wir jedoch nochmals besonders aufmerksam machen: 1. auf die kurze Austreibungsperiode und 2. auf die differentialdiagnostische Beobachtung der paroxysmalen Tachykardie.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh.-Rat Franz für die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit und die freundlichst erteilten Ratschläge meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

J. O. Arnold: Acute dilatation of the heart following labor. Americ. journal of obstetr. 1913, Bd. 68 Nr. 2.

E. Boise-Grand Rapids: Shock vom klinischen Standpunkt aus. Gynäkol. Gesellschaft von Amerika, Chicago. 1901.

E. Boise: Experimentelle Studien über den Shock. Stein: Die geburtshilfl. u. gynäkol. Literatur in Nord-Amerika, 1907.

—: Der Zustand des Herzens im Shock. Amerik. gynäk. Gesellschaft, Philadelphia, Mai 1908.

Duvernay, Ais-les-Bains: 2 Fälle von schwerer Synkope post partum. Geburtshilfl. Gesellschaft, Lyon, Februar 1910.

Fabre u. Bourret: Phénomènes des shock après un accouchement. Journ. de méd. de Paris, 1914, Jg. 34 Nr. 20.

Faugère: Phénomènes de shock consécutifs à l'accouchement. Rev. prat. d'obstétr. et de paediatr., 1913, Jg. 26 Nr. 287.

Fellner: Herz und Schwangerschaft. Monatsschrift für Gebutsh. und Gynäk., 1901, Heft 3 u. 4.

Jaschke: Blutdruck u. Herzarbeit in der Schwangerschaft. Archiv für Gynäkologie, 1911, Bd. 94.

Erwin Langes: Ueber paroxysmale Tachykardie im Anschluß an Spontangeburten. Zentralblatt für Gynäkologie, 1911, Nr. 9.

P. Rudaux: De la mort subite pendant l'accouchement. Clinique, Paris 1913, Nr. 8.

S. Remy: Un cas de mort par collapsus 6½ h après

accouchement. Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris 1913, Jg. 2 Nr. 8.

Hans Saenger: Ueber plötzliche, klinisch rätselhafte Todesursachen während oder kurz nach der Geburt. Münch. med. Wochenschrift, Jg. 60 Nr. 24.

Sakurai: Blutdruckmessungen bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen. Hegars Beiträge, 1909, Bd. 14.

J. Morris Slemons u. F. C. Goldborough: Die geburtshilfl. Bedeutung des Blutdrucks und sein Verhältnis zur Arbeit des Herzens. Zentralblatt für Gynäkologie, 1908, Nr. 21.

Trillat u. Croizier: Phénomènes syncopaux graves, de cause indéterminée, survenant dans le post partum. Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris, 1913, Jg. 2 Nr. 5.

Lebenslauf

Ich, Martin Meyer, wurde am 12. Juni 1894 als Sohn des Fabrikbesitzers Julius Meyer zu Berlin geboren. Die Vorbildung für das Universitätsstudium erhielt ich auf dem Leibniz-Gymnasium zu Berlin, das ich Oktober 1912 mit dem Reifezeugnis verließ, um mich in Berlin dem Studium der Medizin zu widmen. Ostern 1915 bestand ich zu Berlin die ärztliche Vorprüfung. Die klinischen Semester studierte ich in München und Berlin. September 1917 bestand ich zu Berlin das ärztliche Staatsexamen.